FORMULARIO PARA REGISTRO DEL CLIENTE

Colorado Department of Public Health and Environment
Women's Health Unit (Sección de salud para la mujer)

Clínica_____
Sitio_____

¿Podríamos enviarle recordatorios por correo o comunicarnos con usted a su casa? (Confidencial) SÍ_____NO____

CLIENTE: (Por favor escriba con letra de molde)

Apellido _____ Nombre propio _____ Inicial_____ Apellido de soltera_____

Domicilio_____ Apt.#_____ Ciudad_____ Estado___ Código Postal_____ Condado _____

Teléfono (casa/mensajes)_____Teléfono (trabajo/celular/móvil)_____

Nombre de una persona para comunicarnos en casos de urgencia_____

Circule: (Sexo) **M** **F** Fecha de nacimiento ___ /___ /____ *Teléfono en caso de urgencia / instrucciones: _____
mes / día / año

	RAZA (MARQUE AL MENOS UNA)		ORIGEN ÉTNICO (MARQUE AL MENOS UNO)		IDIOMA DE SU PREFERENCIA (MARQUE)
	Blanca		De origen hispano		Inglés
	Negra o afroamericana		No es de origen hispano		Español
	Indoamericana o nativa de Alaska		No lo sabe / No lo reporta		Otro
	Asiática				
	Nativo de las islas de Hawai o de alguna otra isla del Pacífico				
	Múltiple o no identificada				
	No lo sabe ni lo reporta				

Ingreso anual bruto para la familia que vive en el mismo hogar (incluye a los consanguíneos, esposo o adopción legal)
$_____

¿Número de personas (incluída usted) que viven con este ingreso?_____

¿Tiene número de Seguridad social? □ Sí □ No

Si respondió "sí", ¿cuál es? (opcional) _____

Número de identificación de Medicaid _____

Número familiar de Medicaid _____

*_____

¿Tiene un seguro médico que cubra la atención médica primaria? (las visitas al médico) ☐ Sí ☐ No

Si Sí, ¿cubre los servicios de planificación familiar?
☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿A nombre de quién está la póliza?_____

Compañía del seguro médico_____

Domicilio_____

Teléfono _____

de Grupo/Plan _____# Indiv._____

Por este medio yo garantizo que toda la información, incluyendo el ingreso, es correcta.

_____ ____/____/_____
Su firma *mes / día / año*

For Staff Use Only (Sólo para uso del personal)

Client (IRIS) ID#
Pov. Level _____%
FP Code (circle one) **01 02 03 04 05 06**
Staff Initials_____ Date____/____/_____

Insurance covering family planning (circle one) **Public Private None Unknown**

Limited English Proficiency❑ Yes ❑ No
New FP Client? Existing FP Client? (circle one)

*Por favor, díganos con quién debemos comunicarnos en caso de una urgencia (padre o tutor si es menor de 18 años): casos de urgencia podrían ser si presenta una hemorragia, está inconsciente, sufre un accidente o trastorno que requiera el translado en ambulancia u hospitalización. Los servicios de planificación familiar **NO** requiren el permiso de los padres; sin embargo, en caso de alguna emergencia, siendo menor de 18 años, se lo notificaremos al padre o tutor. La persona cuyo nombre aparece en este formulario (parte superior), ¿sabe que recibe servicios aquí? SÍ_____ NO_____